

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 217

LES
DÉGÉNÉRESCENCES MALIGNES
DES POLYPES UTÉRINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
MENTION « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Lundi 13 Juin 1932

PAR

Fernand CHICHCOFF

Né à STARA-ZAGORA (Bulgarie), le 10 octobre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président
		RÉCHOU, professeur.....	{ Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 217

LES
DÉGÉNÉRESCENCES MALIGNES
DES POLYPES UTÉRINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
MENTION « MÉDECINE »

présentée et soutenue publiquement le Lundi 13 Juin 1932

PAR

Fernand CHICHCOFF

Né à STARA-ZAGORA (Bulgarie), le 10 octobre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		RÉCHOU, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale..... MAURIAC.
id..... CASSAET.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
id..... BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales..... CARLES.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique..... SABRAZÈS.
Anatomie..... VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON.
Hygiène..... LEURET.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic..... RÉCHOU.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants..... CRUCHET.
Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique..... SIGALAS.
Méd. coloniale et clin. des mal. exotiques..... BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques..... PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales..... ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie..... DUBECQ.
id..... DUFOUR.
Physiologie..... FABRE.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.
Médecine générale..... GREYX.
id..... AUBERTIN.
id..... DAMADE.
id..... PIÉCHAUD.
id..... DELMAS-MARSALET.
Maladies mentales..... PERRENS.

MM.

Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... JEANNENEY.
id..... CHARRIER.
id..... LOUBAT.
Obstétrique..... PERY.
id..... RIVIÈRE.
Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie..... VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Médecine opératoire..... PAPIN.
Physiologie..... FABRE.
Accouchements..... RIVIÈRE.

MM.

Puériculture..... FAUGÈRE.
Démonstrations et préparations pharmac..... GOLSE.
Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Ophtalmologie..... MM. { CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. { BEAUVIEUX (charge).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... N.
id. Clinique dentaire..... GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MA GRAND'MERE PATERNELLE
ET DE MES GRANDS-PERES

A LA MEMOIRE
DE MA TANTE ET DE MON ONCLE AVRAMOFF

A LA MEMOIRE
DE MES ONCLES LEO MARCEL ET N. PANOFF
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MEMOIRE
DE MON ONCLE FERNAND MARCEL

A MA GRAND'MERE

J'offre respectueusement la dédicace
de ces modestes pages, en reconnaissance
de sa bonté et de tous les sacrifices
qu'elle s'est imposés pour moi.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de mon inaltérable
affection, de mon impérissable recon-
naissance filiale.

AUX FAMILLES BENABENT ET BRAJOT

A MA TANTE PANOVA

A MES SOEURS ET A MES FRERES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre
de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Inspirateur de ce travail, humble
témoignage de ma respectueuse admi-
ration et de ma profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Nous voici à la fin de nos études, et c'est pour nous le plus agréable et le plus cher de nos devoirs de présenter à nos maîtres éminents de la Faculté et des Hôpitaux l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement si élevé et si fructueux qu'avec tant de dévouement et de bienveillance ils nous ont prodigué au cours de nos études.

Qu'ils veuillent bien voir là non pas l'accomplissement d'une banale formalité, mais bien l'expression de sentiments vraiment partis du cœur.

*
* *

Pendant notre séjour en France, et surtout au début de nos études, les difficultés que nous avons rencontrées pour apprendre la langue française ont été bien atténuées par nos amis et camarades français, grâce à leur amabilité et à leurs sympathiques encouragements.

Qu'ils nous permettent d'exprimer ici publiquement toute notre reconnaissance et nos remerciements pour l'hospitalité large et bienveillante que nous avons reçue, ainsi que pour tout ce qu'ils ont fait pour nous.

LES

DÉGÉNÉRESCENCES MALIGNES

DES POLYPES UTERINS

INTRODUCTION

Rien ne nous semble mieux définir l'objet même de ce travail que cette opinion de Hirst (*Am. J. obst. N. Y.*, 1899, XXXIX, 478-483) que nous nous permettrons de soumettre en propres termes à l'opinion de nos lecteurs : « S'il y a une notion largement répandue parmi les médecins praticiens c'est bien que le polype utérin est une affection relativement simple, fréquente, mais aisément reconnaissable. Rien cependant n'est plus éloigné de la vérité. On voit rarement une affection gynécologique montrant une telle variété dans l'histoire clinique des cas, dans la terminaison et le traitement nécessaire. »

Nous ne saurions mieux dire, et dans l'étude qui va suivre nous nous efforcerons d'apporter des exemples probants de la vérité de cette opinion. En particulier, nous développerons ce point si gros de conséquences pratiques : la dégénérescence maligne, rare peut-être, mais toujours possible, de telles tumeurs, notion d'où découlera l'impérieuse nécessité d'un examen anatomo-pathologique systématique et d'un traitement adéquat.

L'idée même de poursuivre ces quelques recherches nous a été fournie par la connaissance d'un cas traité par M. le Professeur Guyot. Il s'agissait d'ailleurs d'un polype utérin dont la cancérisation avait été considérée comme très probable, mais que l'examen anatomo-pathologique a montré n'être qu'un polype muqueux simple.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre. Nous nous attacherons d'abord à montrer à quelle époque la question a pu commencer à se poser à l'esprit des médecins et la façon dont elle a été envisagée jusque-là.

Nous rapporterons ensuite des observations aussi nombreuses et précises qu'il nous a été possible de le faire. Puis nous exposerons les notions qui nous semblent indispensables; c'est-à-dire : une étude *anatomo-pathologique* de la constitution du polype utérin et une étude de la nature des processus de dégénérescences malignes capables de l'affecter, avec les aspects divers qu'elles peuvent prendre.

Nous pourrons alors, appuyant notre opinion sur des bases solides, insister sur l'impérieuse nécessité de l'examen anatomo-pathologique qui nous a semblé, jusqu'ici, n'avoir pas obtenu, dans les préoccupations des praticiens, la place qu'il mérite.

Il est pourtant, et nous le montrerons, l'élément primordial permettant d'établir le diagnostic, le pronostic et la conduite du traitement. Nous pensons que ceci n'ira pas sans améliorer considérablement la statistique des cas heureux, c'est-à-dire des guérisons définitives.

HISTORIQUE

Si l'on trouve dans les ouvrages des auteurs anciens des allusions en général assez vagues et du reste purement cliniques aux dégénérescences malignes des polypes utérins, il faut en venir aux temps modernes pour en trouver une étude sérieuse, c'est-à-dire fondée sur des constatations précises.

Certes, l'on trouve déjà dans Hippocrate, Moschion, Galien, Paul d'Egine, Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, puis Guillemeau, des descriptions paraissant se rapporter à ce que l'on appelle actuellement des polypes, mais les notions qu'ils nous offrent se trouvent si peu précises qu'il nous paraît difficile de faire plus que de les citer.

Mais c'est Levret, en son magistral mémoire⁽¹⁾, présenté à l'Académie royale de Chirurgie, en 1749, qui a le premier nettement isolé le polype utérin. Ce mémoire, point de départ des travaux modernes, est fait pour ainsi dire d'après nature; des observations suivies de réflexions et de conclusions font particulièrement remarquer avec quel esprit de sagacité, d'exactitude, l'auteur a su tirer des faits les indications opératoires logiques qu'ils appellent.

En 1720, nous pouvons retrouver les polypes utérins dans la XXIX^e lettre de Morgani (*Siège et causes de maladies*, Paris), décrits sous le nom de tubercules squirrheux. Notons que déjà cet auteur a la notion de leur possible dégénérescence maligne. Il prétend, en effet, opinion d'ailleurs partagée par Van Swieten, que l'induration squirrheuse (fibreuse)

(1) Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes du nez, de la gorge et de la matrice.

du polype est la première phase du cancer utérin; comme l'induration du sein précède le cancer de cet organe. Plus près de nous, le chirurgien de la marine, Jean Segar, dans sa *Dissertation inaugurale sur les polypes utérins*, 1804, affirme la possibilité des transformations qui nous occupent. Il dit : « Dans l'autopsie cadavérique de quelques femmes, le polype offre le coup d'œil d'un cancer ulcéré. Le renversement de ses bords déchirés, la sanie qui en découle, l'odeur qui s'en exhale, ne permettront pas de méconnaître le vice cancéreux. »

Et il nous donne l'observation que nous citons dans la partie de cet ouvrage où nous les avons toutes rassemblées (que le lecteur veuille bien s'y rapporter).

Nous trouvons, de plus, dans sa thèse, une courte étude symptomatologique que nous nous permettons de citer ici. « Si le mal est alimenté par le virus cancéreux, s'il vient à s'ulcérer et qu'une sanie infecte s'épanche du vagin, si des douleurs profondes se font sentir; si la malade est saine d'ailleurs, alors, plus que jamais, il faut procéder à l'opération, tout délai est une faute, tout palliatif est funeste. Les progrès du mal sont rapides, profonds, mortels. »

Et nous voici enfin arrivé, avec Dupuytren (clinique chirurgicale, 1839), au début de l'étude primordiale anatomo-pathologique des polypes, puisqu'il y décrit un tissu fibro-celluleux. Si l'élément fibreux prédomine, les polypes fibreux dégénèrent alors en *squirrhes*. Si le tissu celluleux est, au contraire, plus abondant, les polypes dégénèrent en *carcinome*. Suivant l'auteur, cette tendance à l'état carcinomateux est constante et inévitable après un temps plus ou moins long; leur substance s'enflamme, se ramollit; leur surface devient inégale, bosselée, souvent elle s'ulcère. Alors commencent les écoulements sanieux accompagnés d'une extrême fétidité, signe d'un travail désorganisateur. De plus, l'auteur affirme que la sérosité que l'on trouve dans le polype, qu'elle soit libre ou combinée aux deux tissus élémentaires de celui-ci, est en rapport avec la dégénérescence. Si elle est libre,

le cancer est moins à craindre et l'est davantage si le liquide se trouve combiné avec les éléments fibro-celluleux.

C'est donc de 1839 que date le premier travail dont nous pouvons valablement nous servir pour étayer nos conclusions.

Quelques années plus tard, Amussat, dans son *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris 1842, signale à son tour la possibilité de cette dégénérescence, puisqu'il nous parle de ramollissement cancéreux, des altérations squirrheuses, etc.

Puis c'est Léon Ferrier qui, dans sa thèse : *Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus*, Paris, 1854, dans le chapitre des polypes, veut aussi nous démontrer la dégénérescence cancéreuse du polype. Il nous rapporte, d'après Lisfranc, l'observation d'un polype, d'abord traité par des cautérisations au protonitrate de mercure, puis par l'ablation à cause du changement de diagnostic « polype dégénéré ». Velpeau, qui a suivi la malade, constate le décès par suite d'une récidive cancéreuse.

Nous devons d'ailleurs signaler que Montfumat, dans sa thèse de 1867, Paris, nie la possibilité de la dégénérescence des polypes fibreux et affirme que le véritable danger à redouter, avec les hémorragies et l'anémie, est la possibilité d'une « infection putride ».

Il doit cependant reconnaître, connaissant l'opinion de Ch. Robin (1852), la possibilité de dégénérescence en cancroïde des polypes glandulaires, et il nous recommande de ne pas trop les ménager.

Plus tard, nous retrouvons la même opposition de doctrine entre Cruveilhier et Virchow, l'un niant, l'autre affirmant la possibilité du passage de la constitution fibromyomateuse à l'état de carcinome.

Liebmann et Ehrendorfer, admettant l'opinion admise par Virchow, nous rapportent, suivant eux, des faits certains prouvant cette transformation.

En particulier, Ehrendorfer, opérant chez une femme de

56 ans un polype du col présentant, outre le caractère classique d'un fibromyome, une dégénérescence carcinomateuse sans aucun autre foyer carcinomateux dans l'utérus. Dans le chapitre des transformations cancéreuses du polype, nous nous efforcerons de donner l'explication de la possibilité d'une telle dégénérescence dans un fibromyome.

Ilyenne, dans sa thèse soutenue à Paris, en 1898, publie une petite observation que nous reproduisons.

Oeri, en 1906, dans sa thèse sur *Ueber Epithel metaplasie am uterus, besonders an Polypen* (*La Métaplasie épithéliale dans l'utérus et en particulier sur les polypes*). Basel nous présente un cas bien typique de cette métaplasie sous la forme d'une très complète observation de 32 pages. Suivant l'auteur, elle est considérée comme le premier stage d'un début de cancérisation. Enfin, le dernier et le seul ouvrage se rapportant à notre sujet est la thèse de Gaudard Charles, sur *La dégénérescence épithéliale des polypes fibreux*, Bordeaux, 1923, ouvrage qui a considérablement facilité notre tâche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Prise dans le service de M. le Professeur GUYOT. — Ce cas a déjà été l'objet d'une communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux par MM. le Professeur GUYOT et ICHON, le 22 janvier 1923; Présidence de M. J. SABRAZÈS, *président*.)

*Sur un polype du corps utérin
atteint de dégénérescence épithéliomateuse.*

R... (Marie), 38 ans, ménagère, salle 8, lit n° 20.

La malade se présente à l'hôpital pour pertes blanches remontant à six mois. Entrée le 11 décembre 1922.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans. Règles abondantes et d'assez longue durée, mais non douloureuses. Mariée à 24 ans. Une grossesse à 30 ans. L'enfant, né avant terme, meurt à 8 mois, sans que la malade puisse spécifier le processus morbide. Aucune maladie.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Rien d'intéressant à signaler.

Histoire de la maladie. — Il y a environ six mois, les règles disparaissent tout à coup. Elles ne sont pas réapparues depuis. Des pertes blanches, qui préexistaient à ce moment, deviennent de plus en plus abondantes, à tel point que la malade doit se garnir continuellement; elles sont fétides et n'empêchent pas le linge.

Depuis cette recrudescence de pertes, la malade maigrit rapidement. De son poids initial, que nous ne connaissons pas, elle descend à 45, puis à 34 kilos. Enfin, ses forces sont très notable-

ment diminuées. Anorexie, sans dégoût spécialement prononcé pour tel ou tel aliment.

L'affection évolue sans douleur et sans fièvre.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital. — Sujet anémié. Etat général très altéré.

Appareil génital. — Le vagin laisse écouler un liquide visqueux, blanchâtre et fétide. Au toucher, on trouve une tumeur de consistance ferme, irrégulière. On sent difficilement le pédicule de la tumeur, qui s'enfonce dans le col.

Diagnostic. — *Polype sphacélé.*

Opération le 12 décembre 1922, par le professeur Guyot. Excision du polype. Accouchement par la vulve impossible. On débride celle-ci du côté gauche, on sectionne le pédicule au ras du col. Cautérisation du moignon cervical au thermo. Une mèche est mise dans le col. Suture du débridement : plans profonds au catgut, plan cutané aux crins.

Examen anatomique. — Polype très volumineux de la grosseur du poignet, longueur 15 centimètres environ. Sphacélé à sa partie terminale, suintant.

Examen microscopique (Laboratoire de M. le Professeur Sabrazès). — Tumeur maligne du type spino-cellulaire. Très envahissante. Stroma infiltré de lymphocytes. On décide une seconde intervention. Mais, la malade étant très faible, on doit auparavant remonter son état général (1.600.000 hématies par millimètre cube le 4 janvier). Injection d'hémostyl et de cacodylate de soude. Le 16 janvier, la numération globulaire montre un accroissement notable des globules rouges (2.300.000 millimètres cubes).

Opération le 20 janvier 1923, pratiquée par M. le Professeur Guyot. Hystérectomie totale par voie abdominale. Le ventre ouvert, on voit un utérus non déformé, mais gros. Il est saisi avec la pince hystérolabe. Les annexes sont normales, l'utérus mobile. Pas d'infiltration des ligaments larges. Ablation large des ligaments, qui sont sectionnés tout près du bassin. On libère la vessie en avant. Après section des deux utérines, on ouvre la cavité vaginale. Cette cavité est suturée en surget. On met un drain n° 10. Hémostase de tous les ligaments. Iodisation de la tranche vaginale. Périto-

nisation pelvienne en réunissant le péritoine antérieur au péritoine postérieur. Surjet péritonéal. Surjet musculaire, suture cutanée, aux crins. Opération sans incident chez une femme maigre.

Examen de la pièce anatomique. — L'utérus, sectionné longitudinalement par sa face postérieure, montre, insérée sur le fond, une tumeur, sphacélée, de la grosseur d'une noix, vestige de la base d'implantation du pédicule. La muqueuse utérine est saine jusqu'à l'entour immédiat de l'insertion du pédicule. Les sections pratiquées dans les différentes parties de l'organe, et principalement sur le fond, nous ont montré un tissu utérin d'aspect normal. Un segment du moignon pédiculaire a été examiné de nouveau dans le laboratoire de M. le Professeur Sabrazès. On nous a fourni le résultat suivant : *adéno-carcinome*, avec beaucoup de foyers en régression. Lymphocytose pycnotique du stroma. Beaucoup d'alvéoles sont remplies de cellules en bouillie, réalisant le type carcinome encéphaloïde. Nombreuses mitoses.

Suites de l'opération très satisfaisantes. L'état général de la malade continue à s'améliorer rapidement. Le 27, élimination spontanée du drain vaginal. Le 2 février, on enlève les crins. Sortie le 18 février.

OBSERVATION II.

(Jean-Jacques SEGARD [1804], ancien chirurgien-major aux armées.)

En 1781, étant à Philadelphie, je fus appelé pour donner mes soins à la femme d'un négociant, M. H..., chez laquelle un polype utérin, appartenant au col de la matrice, avait dégénéré en cancer ulcéré.

L'abdomen était distendu par l'utérus, qui avait à peu près un développement semblable à celui d'une grossesse de 4 mois. On conçoit que la gravité du cas ne permettait pas de penser à l'opération.

J'entrepris donc de la traiter par les palliatifs connus sous le nom d'anticancéreux, dont les succès sont loin de répondre à ce que l'exagération en a dit. J'y ajoutai quelques parégoriques pour atténuer les douleurs horribles qui devaient la conduire à la mort, qui arriva au bout de six mois.

L'autopsie cadavérique me montra l'utérus distendu, son col dur, squirrheux, presque détruit par le polype ulcéré.

Quand je le fendis pour l'ouvrir dans toute son étendue, je vis, à mon grand étonnement, que son volume extraordinaire était causé par deux polypes, chacun de la grosseur d'une orange, ayant une large base et se terminant par un sommet en cône tronqué.

OBSERVATION III.

(HYENNE, thèse de Paris, 1898.)

Dégénérescence sarcomateuse.

Fibromyome trouvé à l'autopsie d'une femme morte d'ulcère double de l'estomac, à marche chronique, accompagné d'ulcération du foie et du pancréas.

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus (il s'agit du fibrome interstitiel), était développé aux dépens du fond de l'utérus; à travers le col, sortait une masse polypoïde de la grosseur du pouce reliée au fond de l'utérus par un long pédicule de 6 centimètres, ayant presque la même grosseur.

Examen microscopique. — A l'examen microscopique, on trouve le fibromyome en grande partie dégénéré. Quant au polype, « il est constitué par des cellules musculaires groupées en faisceaux, entre lesquels s'étalent de larges bandes de tissu fibreux adulte, qui enserrèrent ces cellules. Sur les trois quarts de la coupe, le tissu l'emporte de beaucoup sur l'élément musculaire.

» Tel est l'aspect général de la coupe. Mais, en deux points, on remarque la présence de cellules rondes ou ovalaires, pressées les unes contre les autres, sans ordre. Ces cellules occupent la cavité de deux vaisseaux, dont on reconnaît la paroi musculaire bien colorée dans ces noyaux. La cavité est ainsi comblée par ces cellules spéciales.

A un fort grossissement, on voit qu'il s'agit de cellules rondes un peu elliptiques ayant un ou deux noyaux. Sur un des vaisseaux, cette néoplasie a détruit la paroi vasculaire, et on voit ces cellules qui fusent, à la périphérie, dans le tissu avoisinant. »

OBSERVATION IV.

(B. C. HIRST, *Journal américain d'obstétrique*, 1889.)

[Examen microscopique de M^r. Williams.]

Il s'agit d'un cas de polype myomateux du segment inférieur montrant une dégénérescence maligne sur son contour et traité par l'énucléation.

Ce mode de traitement a été choisi à cause de la facilité d'opérer très largement et du fait que l'hystérectomie vaginale eût été rendue difficile par les adhérences denses et très étendues produites par une infiltration pelvienne inflammatoire. Pas de récédive à signaler pendant au moins l'année qui a suivi l'opération. Ce résultat heureux est, suivant l'auteur, en grande partie attribuable à une soigneuse cautérisation de la plaie opératoire par le chlorure de zinc.

OBSERVATION V.

(Docteur HIRST.) [*Polype carcinomateux du col utérin.*]

M^{me} C..., âgée de 48 ans, mariée depuis vingt-quatre ans, pas d'enfants, pas de fausses couches. Règles régulières, durée de cinq à sept jours. Pendant les trois derniers mois, le flux menstruel dure deux jours seulement et douloureux pendant toute la période. Leucorrhée profuse et malodorante récemment.

La patiente se plaint du dos, des deux côtés, le long du ligament de Ponpart et à travers l'abdomen.

Mictions fréquentes, impérieuses, douloureuses.

Abdomen un peu élargi. Constipation. La malade, il y a trois ans, note une douleur sur le côté gauche de l'abdomen. A l'examen, au moment de l'admission à l'hôpital, on trouve une grosse masse en chou-fleur dans l'ouverture du col et le remplissant complètement.

A l'opération, le polype, gros comme un marron d'Inde, est attaché par un pédicule ferme à la paroi gauche, en haut du canal cervical. Celui-ci est très dilaté, à paroi très mince. La muqueuse

Chicheoff.

du côté droit (sur laquelle repose le polype) est très ulcérée, saigneuse.

Examen microscopique. — La pièce consiste en une masse polypeuse, molle, saigneuse, irrégulière, de 1 pouce $\frac{1}{4}$ de longueur et de 3 pouces de circonférence. La surface coupée du pédicule est ferme, blanche, élastique, d'apparence saine, mesurant $\frac{1}{2}$ pouce. Coupes sur les parties variables de la tumeur, et sur la tranche (sur la section du pédicule).

Examen microscopique. — Les préparations de toutes les parties inférieures et du centre de la tumeur montrent de larges nids de cellules épithéliales s'ordonnant en forme de glandes et séparés d'étroites cloisons de tissus conjonctifs. Tout le tissu de structure normal est détruit et le champ présente l'aspect du carcinome médullaire. La tumeur tout entière est infiltrée avec des nids de cellules épithéliales, jusqu'à $\frac{1}{4}$ de pouce de la surface de section du pédicule. Aucune glande cervicale ne peut être trouvée dans cette préparation. Les coupes faites à la surface de la base du pédicule montrèrent des fibres de tissu conjonctif apparemment saines et des fibres musculaires lisses disposées en tissu compact analogue en structure à la paroi utérine, normale excepté aux extrémités, où quelques petits nids de cellules épithéliales pouvaient se voir distinctement.

Un petit nid de cellules épithéliales fut ainsi trouvé à une distance considérable de la marge du tissu sain, si bien que le pronostic d'opérabilité complète semble très douteux.

OBSERVATION VI.

(M. CROISIER, de Bois.)

[*Epithélioma du corps de l'utérus greffé sur un polype
fibreux intra-utérin.*]

Chez une malade de 32 ans, des hémorragies à répétition survinrent et furent attribuées à un polype, dont l'ablation fut décidée.

L'examen histologique ayant montré qu'il s'agissait d'un épithélium cylindrique, on fit une hystérectomie abdominale subtotale.

L'utérus était gros comme le poing, le polype comme le pouce. Le col fut laissé en place, mais évidé au thermocautère.

L'examen des pièces enlevées donna les résultats suivants :

« Epithélium cylindrique greffé sur la base du polype, lequel était un fibrome multilobulaire. »

OBSERVATION VII.

(J. H. TARGETT, Communication à la Royal Society of Medicine
London, mars 1910.)

[*Polype fibreux de l'utérus en voie de dégénérescence maligne.*]

M. B..., 33 ans. Venue de l'Afrique du Sud. Jamais enceinte. Depuis douze mois, avait d'abondantes ménorragies. A son arrivée en Angleterre, sujet anémié souffrant toujours d'hémorragies fréquentes. Utérus légèrement élargi, lisse, col non dilaté. Pensant au polype, on décide l'intervention. On l'appréhende avec des pinces. Il est très mobile et tourne aisément sur son axe, ce qui indique un pédicule assez étroit. On le coupe aux ciseaux à son pédicule. La pièce est grisâtre. Elle n'offre pas la consistance habituelle des polypes fibreux. On la fait examiner au microscope et on s'aperçoit alors de sa nature maligne. L'hystérectomie totale est décidée sans délai, pratiquée quelques jours plus tard. Devant l'aspect parfaitement sain des organes génitaux de la malade, le chirurgien laisse les ovaires.

Examen microscopique. — Les coupes pratiquées au fond de l'utérus, à l'endroit où s'insère le pédicule, ne montrent aucune dégénérescence maligne de la paroi utérine. Le polype a presque la structure d'un adéno-fibrome. Le stroma consiste en tissu fibreux, dont les éléments sont richement nucléés et disposés en feutrage épais. Mais on aperçoit deux bandes de fibre lisses. La surface libre du polype est couverte d'endométrium absolument sain. Enfouis dans le stroma fibreux, on trouve de nombreux tubes glandulaires bordés de cellules cylindriques. Entre ces tubes glandulaires se trouvent aussi des amas de cellules épithéliales qui arrêtent l'attention et font émettre l'idée de malignité. Ces amas

interrompent la bonne ordonnance de ces tubes glandulaires, dans la lumière desquels ils pénètrent par éléments isolés, de même qu'ils se disséminent dans le tissu conjonctif d'alentour. Par endroit, l'épithélium cylindrique des tubes glandulaires a complètement disparu sous la poussée envahissante. De même, un ou deux éléments de cellules irrégulières sont aperçus en plein stroma, sans connexion apparente avec un tube. Dans de plus petits amas, on aperçoit les éléments en connexion avec les cellules basales de la bordure épithéliale de ces tubes, qu'ils déplacent, puis détruisent en proliférant.

En conséquence, mon opinion est qu'il s'agit là des premiers stades de dégénérescence cancéreuse (carcinome) dans un simple polype fibreux.

OBSERVATION VIII.

(H. MACNAUGHTON-JONES M. D. [Pour le Professeur SCHOTTLANDER, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, partie 2, 1910-11].)

CAS I. — *Polype du canal cervical dégénérant en sarcome.*

Le président, s'étant rapporté à la pièce de M. Targette montrée lors de la précédente session, de « Carcinome dans un polype adénomateux de l'utérus », dit qu'il a vu, à la clinique du regretté professeur Rosthorn's, à Heidelberg, enlever un polype cervical qui montrait une dégénérescence sarcomateuse.

Le professeur Schottländer nous a aimablement envoyé les tissus représentant l'aspect au microscope des coupes pratiquées à travers la tumeur.

Ceux-ci montrent :

- a) *Une glande cervicale* devenant sarcomateuse à sa périphérie;
- b) *La surface* du polype couverte par un épithélium métaplas-tique cylindrique proliférant en couches nombreuses;
- c) *Un îlot* de muqueuse cervicale montrant de nombreuses couches d'épithélium glandulaire remplissant la lumière de la glande (ce qui nous fait soupçonner un carcinome au début), îlot entouré d'un stroma sarcomateux.

La malade étant âgée de 70 ans, on ne pouvait la soumettre à aucune opération plus complète.

CAS II. — *Polype carcinomateux du fond utérin.*

Le col seul se trouvait carcinomateux. Le président a fait voir des figures représentant la coupe sagittale d'un utérus dont le col était détruit par un cratère carcinomateux et dans le fond duquel on voyait inséré un polype muqueux.

La coupe de ce dernier montra un carcinome plein. Il n'y avait pas de relation, cependant, entre la dégénérescence du polype et le carcinome du col, la muqueuse, tant du fond utérin que du corps utérin, étant absolument exempte de toute dégénérescence.

Il s'agissait d'une femme âgée de 57 ans.

OBSERVATION IX.

(Paul VIOLLE, interne des hôpitaux.)

P... (A.), entrée le 19 avril 1910, salle Cazault, dans le service de M. le Professeur Delanglade. Régée à 17 ans seulement, règles intermittentes, survenant tous les deux mois environ, métrorragies peu abondantes, irrégulières; leucorrhée de plus en plus abondante.

L'examen local par la palpation n'a rien montré, si ce n'est qu'il y a le palper provoque de la douleur annexielle des deux côtés, surtout du côté gauche.

Le toucher fut pratiqué à travers un hymen intact, que le doigt dut dilater. Le doigt rencontre immédiatement un polype remplissant tout le vagin supérieur. Ce polype a une forme spéciale, ombellifère pourrait-on dire, ayant une face convexe tournée vers la vulve, une face concave tournée vers le col et en épousant, semble-t-il, la forme. La circonférence du polype semble être sensiblement circulaire, rénitente, avec, à certains endroits, de petits nodules indurés.

La face convexe est bosselée, tomenteuse; la face concave donne à peu près les mêmes sensations. Le pédicule est court, de la grosseur d'un petit auriculaire. Il présente aussi des aspérités nom-

breuses. Du col s'échappent des franges molles. Sont-elles d'origine cervicale ou pédiculaire ? On ne peut le sentir. L'utérus est normal comme position, comme volume et comme forme.

Pendant tout le temps qu'a duré l'examen, le polype n'a pas saigné. La malade fut opérée une première fois le 21 avril 1910, toutes réserves étant faites préalablement sur le caractère malin de la tumeur.

Opération. — L'orifice hyménéal dilaté, le polype fut saisi par une pince de Museux; celle-ci mordit dans les tissus et, à la plus petite tension, le déchira. Plusieurs pinces furent ainsi placées et enfin la torsion put être faite. Le pédicule ne se sectionna pas à son insertion utérine; il se sectionna très près du polype. Le toucher pratiqué à ce moment-là montra l'utérus bourré de végétations.

Dès lors, l'intervention radicale, prévue déjà, fut décidée; une gaze fut mise dans le vagin et la malade reportée dans son lit. Le 26 avril 1910, hystérectomie abdominale totale, à travers la gaine du grand droit du côté droit. L'opération n'a présenté aucune particularité.

Au quinzième jour, la malade se levait; la plaie était cicatrisée absolument; signe de suture à peine visible (on avait pour la peau employé surtout des agrafes). Nous avons aujourd'hui examiné la malade, qui est complètement guérie pour le moment de son opération. Tout nous permet de croire que cette guérison sera durable.

L'examen microscopique, pratiqué par M. le Professeur Alezais, a montré qu'il s'agissait de sarcome.

OBSERVATION X.

(A. SIREDEY, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*,
10 févr. 1920.)

Plus récemment, un confrère de la banlieue, clinicien expérimenté, m'envoyait à ma consultation de l'Hôpital Saint-Antoine une jeune femme de 29 ans ayant toutes les apparences d'une belle et robuste santé, un teint coloré, rassurant au premier abord, mais qui avait, depuis six semaines, des pertes de sang presque ininter-

rompues. Il avait découvert chez elle un polype du col, dont il me demandait de la débarrasser.

Le toucher faisait sentir, en effet, à l'orifice du col, entre-bâillé, une masse du volume d'une grosse cerise, dont le doigt faisait facilement le tour en arrière et sur le côté. On n'était arrêté qu'en haut et en avant, au niveau de la base d'implantation du polype, sur la lèvre antérieure. Trois particularités me frappèrent au moment où je pratiquai le toucher :

1° Un *écoulement de sang*, qui se produisait dès qu'on exerçait sur la masse saillante la moindre pression, d'ailleurs à peine sensible;

2° La *dureté du polype*, qui contraste avec le polype muqueux habituel;

3° La *longueur* que présentait sa base d'implantation sur le col. Le spéculum nous montra une surface bosselée, irrégulière, d'un rouge vif, qui accentua mes craintes et me fit porter le diagnostic du cancer.

Examen d'un fragment (J.-L. Faure). — Put être fait au microscope le lendemain. On y reconnût tous les éléments caractéristiques d'un *épithélium pavimenteux* du col.

OBSERVATION XI.

(A. SIREDEY.)

Mme X..., habitant la province, arrivait à Paris pour consulter un de nos plus éminents phtisiologues au sujet d'accidents pulmonaires qu'elle attribuait à la tuberculose. Notre collègue put la rassurer complètement à ce propos. Incidemment, elle vint se plaindre à moi de pertes de sang prolongées, parfois irrégulières, se caractérisant soit par une durée anormale des règles, soit par l'apparition, entre deux époques, de suintement de sang, se renouvelant plusieurs fois de suite, pour s'arrêter et reparaitre à bref délai pour une cause presque insignifiante.

L'utérus était gros, bosselé, dur, fibromateux; le col, d'aspect normal, était légèrement entre-bâillé, et un polype muqueux du volume d'une petite fraise faisait saillie entre les lèvres.

Le Docteur Mimin, faisant l'ablation de ce polype, en découvrit un second, plus petit, l'un et l'autre mous, d'apparence banale.

L'examen microscopique révéla un début d'épithélioma cylindrique.

L'hystérectomie fut pratiquée par le Docteur Labey dans des conditions satisfaisantes.

OBSERVATION XII.

(A. SIREDEY.)

Une jeune femme de 33 ans m'avait été envoyée à Saint-Antoine pour un polype muqueux allongé en languette, qui s'implantait près de l'orifice; sa dureté, la facilité avec laquelle il saignait au moindre contact, me parurent suspectes.

L'examen histologique permit de reconnaître un *épithélioma pavimenteux*, et on fit une hystérectomie totale.

OBSERVATION XIII.

(A. SIREDEY.)

M^{me} B..., âgée de 59 ans, 5 enfants, aucun accident génital antérieur; ménopause à 51 ans. A 55 ans, puis à 57 ans, elle eut, pendant une huitaine de jours, des pertes rosées, d'abondance modérée.

Deux ans plus tard (mars 1923), pertes analogues, puis apparition d'une véritable époque rappelant ses règles. Elle présentait à ce moment un utérus un peu gros; col sain sans lésion ni induration, culs-de-sac souples. Le docteur Gagey fit un curettage explorateur; il ramena dans les débris de la muqueuse un petit polype, dur, gros comme une lentille, dans lequel le Docteur Gain reconnut un début d'*épithélioma cylindrique* à forme végétante. La femme étant opérée, on fit du radium, qui donna d'excellents résultats et précéda une hystérectomie.

OBSERVATION XIV.

(A. SIREDEY.)

M^{me} X..., 47 ans, avait été traitée en province, au cours de l'année 1917, pour un gros fibrome, par l'un de nos meilleurs radiologues mobilisé dans la région.

L'utérus remontait à mi-chemin, entre l'ombilic et le pubis. La malade était fort anémiée par des métrorragies prolongées.

Après dix-huit séances de radiations, la guérison paraissait complète, les pertes de sang avaient cessé, et l'utérus, en régression très accentuée, n'inspirait aucune préoccupation. En janvier 1923, la malade, qui avait depuis deux mois des pertes de sang irrégulières, vient consulter à Paris son radiologue, qui me l'adressa.

Les résultats obtenus par les rayons X étaient très remarquables : l'utérus, bien mobile, avait le volume d'une petite pomme et restait caché derrière le pubis; les culs-de-sac étaient souples et libres. Je constatai, à l'orifice cervical, un polype muqueux, mou, d'apparence banale, gros comme une petite cerise. Sur le col, aucune induration, aucune saillie. Je conseillai l'ablation de ce polype, qui me paraissait la cause de ces hémorragies, et, bien que convaincu de sa bénignité, je demandai qu'on me fit un examen microscopique.

A ma grande surprise, on constata un *épithélioma cylindrique* au début, qui entraîna une hystérectomie totale.

OBSERVATION XV.

(A. SIREDEY.)

Mme A..., bien réglée habituellement, présentait, depuis quelque temps, des métrorragies abondantes et répétées. Un chirurgien reconnut l'existence de polypes et fit un curettage. Les débris de la muqueuse ne présentaient à l'œil aucune particularité; on n'en fit pas l'examen. Quelques mois plus tard, les pertes de sang repa-rurent comme précédemment, et le docteur Mimin, consulté en décembre 1922, découvrit de nouveaux polypes, qui, soumis à l'exa-

men histologique, firent reconnaître un *épithélioma cylindrique* et pratiquer une hystérectomie totale.

OBSERVATION XVI.

(HEANEY-SPROATE, *Gynecological Society Chicago*, 18 février 1921.)

Polype malin de l'utérus.

La malade chez qui nous avons prélevé la pièce était une femme âgée de 39 ans, mariée à 21 ans et qui n'a jamais été enceinte. Rentre à l'hôpital, se plaignant depuis quelques mois d'être réglée plus fréquemment que d'habitude et plus abondamment. L'écoulement des menstrues s'associait avec des douleurs et des crampes pendant toute la durée de la période menstruelle.

A l'examen, on trouve que la malade présente un gros fibrome utérin. A cause de son âge et des résultats de l'examen clinique, il semblait probable que l'on dût se résoudre à pratiquer l'hystérectomie, aussi ne fut-il rien tenté par voie vaginale. Ouvrant l'abdomen, nous nous sommes trouvé en présence d'un fibrome pédiculé du volume environ d'une tête fœtale. Pour le reste, l'utérus ne présentait rien d'anormal, si ce n'est une rétroversion. Nous enlevâmes le fibrome et laissâmes l'utérus en place après raccourcissement des ligaments.

Quoique le fibrome pût expliquer le saignement, je mis cependant la malade en position de la taille, et j'enlevai alors un polype apparemment simple. On l'estima être de nature bénigne, mais l'examen microscopique a montré sa malignité, quoique, à la vérité, l'endomètre prélevé dans l'utérus ne se fût montré nullement dégénéré.

J'ai présenté la pièce au Docteur Ries, qui participa au diagnostic. C'est alors que j'ai pratiqué une nouvelle laparotomie et enlevé l'utérus.

On trouve un endomètre sans accident de surface, sans trace d'implantation d'un polype et sans aucun signes de malignité dû à celui-ci.

OBSERVATION XVII.

(Docteur HEANEY-SPROATE.)

Il y a huit à neuf ans, je me suis trouvé en présence d'une femme présentant une ménorragie, sans déplacement de l'utérus. J'ai enlevé le polype et cureté l'utérus. Le polype était malin, mais le produit de raclage se montra de nature bénigne, sans dégénérescence endométriale.

OBSERVATION XVIII.

(Docteur GRIMOND, Toulouse.)

Mme X..., de Mirepoix, 52 ans.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Menstruation ayant débuté à l'âge de 12 ans, abondante, douloureuse, régulière. Trois grossesses, 22-25-29 ans, terminées sans incident. Ménopause à 47 ans, sans phénomène particulier.

Depuis un an environ, une leucorrhée banale, existant depuis longtemps, s'est accentuée; elle est devenue fétide et sanguinolente. Elle s'accompagne de douleurs violentes comparées à des douleurs d'accouchement. Le Docteur Roques, qui la soigne, m'appelle le 10 janvier pour intervenir pour le diagnostic de cancer utérin.

A mon avis, une intervention radicale est inutile, le mal ayant dépassé la limite de l'opérabilité, un curetage étant seul à envisager.

Je vois pour la première fois la malade le jour de l'intervention. Etat général assez satisfaisant, malade obèse, cœur un peu fatigué. Localement, je trouve le vagin rempli par une énorme masse bourgeonnante et friable. La lèvre inférieure du col est difficilement perçue. La lèvre postérieure est impossible à sentir, de même que le corps utérin. Il semble que la tumeur soit pédiculée et s'insère dans le canal cervical.

Je porte le diagnostic de polype utérin en voie de sphacèle. Inter-

vention immédiate. Assistants : Docteurs Azema et Roques. Rachianesthésie.

Extirpation pénible d'un polype effectivement inséré dans le canal cervical. En présence de l'infection utérine concomitante, je pratique une hystérectomie vaginale, très facilement exécutée. Suites opératoires normales.

L'examen histologique, pratiqué par le Docteur Azema, révèle qu'il existait une transformation néoplasique du polype.

Diagnostic histologique. — Epithélioma.

Revue en mars 1912, bien portante.

Morte de broncho-pneumonie grippale en décembre 1912.

OBSERVATION XIX.

(Docteur GRIMOND, Toulouse.)

Polype utérin. — Dégénérescence épithéliale.

Mme S..., 32 ans. Je suis appelé pour la première fois auprès de la malade le 13 juin 1920, à 10 heures du soir, pour traiter, aux dires du médecin, un avortement d'environ trois mois.

J'apprends que la malade a toujours été abondamment réglée, avec douleurs très vives le premier jour.

Mariée depuis trois mois, les règles ont été modifiées, mais non supprimées à proprement parler. Il n'y a pas eu de modifications du côté des seins. Néanmoins, le désir d'une grossesse a amené l'intéressée à y croire. Le 12 juin, au matin, apparition de douleurs vives, expulsives et hémorragies abondantes. Une sage-femme, consultée, conclut à un avortement imminent. Le diagnostic est accepté par le médecin traitant, qui m'appelle le 13 au soir.

Examen. — Malade paraissant anémiée, pouls rapide (126), pas de température. A l'examen local, je constate la présence dans le vagin d'une masse assez dure, pédiculée, dans laquelle on reconnaît immédiatement un polype fibreux (volume d'une mandarine).

Pas de trace de placenta. L'utérus est d'ailleurs peu volumineux et ne correspond en rien à un utérus gravide de trois mois, ni par

son volume, ni par sa consistance. Etant donnée l'hémorragie persistante, je pratique sous anesthésie rachidienne un curettage, avec ablation du polype. Sérum glucosé. Huile camphrée. Rétablissement rapide.

L'*examen microscopique*, fait par M. Maurin, agrégé à la Faculté, révèle une transformation épithéliale. Quinze jours après la première intervention, je pratique, avec l'assistance du Docteur Pujas, toujours sous la rachianesthésie, une hystérectomie abdominale à la Wertheim.

Libération faite des uretères, ligatures de l'hypogastrique gauche. Extirpation en bloc de l'utérus, des annexes, du paramètre et du quart supérieur du vagin.

Drainage vaginal sous-péritonéal. Abdomen fermé sans drainage. Guérison *per primam*.

La malade se maintient guérie en mars 1922.

Quelques troubles de ménopause artificielle. Revue en bonne santé en juillet 1923.

OBSERVATION XX.

(M. J.-P. TOURNEUX, chirurgien des hôpitaux, Toulouse,
Sud médical et chirurgical, 15 avril 1924.)

Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour un polype fibreux de l'utérus évoluant environ depuis trois ans et s'accompagnant de tous les signes classiques de cette affection, sur lesquels nous croyons inutile d'insister.

L'intervention chirurgicale eut lieu le 17 août 1919 et consista en l'ablation d'une tumeur du volume d'une grosse noix qui pendait au milieu du vagin et dont le pédicule s'enfonçait assez profondément dans la cavité utérine. Cette ablation fut, comme toujours, suivie d'un curettage de l'utérus.

La tumeur enlevée, assez ferme au toucher, avait une surface assez irrégulière et présentait à sa partie inférieure une vaste ulcération s'étendant dans la profondeur; il n'y avait aucune modification du côté du vagin; le col était normal d'aspect et de consistance.

Nos examens nous ont montré que, si la muqueuse utérine n'offrait que des altérations inflammatoires très discrètes, le polype, au contraire, présentait des lésions manifestes de dégénérescence cancéreuse.

Sur les coupes intéressant sa moitié inférieure, on notait, en effet, l'existence de nombreuses cellules épithéliales, groupées en lobules plus ou moins réguliers et proliférant dans l'intérieur de la tumeur.

Il semble, de plus, qu'en certains endroits les cellules paraissent s'ordonnancer de manière à constituer des globes épidermiques; quant à la trame conjonctive, très réduite en certains points, elle est, au contraire, beaucoup plus développée en d'autres, où elle est le siège de vastes infiltrats hémorragiques. Donc, *en résumé*, *épithélioma lobulé* développé sur un polype fibreux, sans qu'il y ait d'autres lésions néoplasiques appréciables au niveau du vagin ou de l'utérus.

OBSERVATION XXI.

(A. SIREDEY, *Journal de médecine et de chirurgie pratique*,
10 février 1920.)

Malade de 38 ans qui présentait des hémorragies depuis quelques mois, accompagnées ou suivies d'hydrorrhée. Le toucher fit constater à l'orifice du col, dilaté, entr'ouvert, une masse du volume d'une figue, ayant une forme allongée, et faisant saillie hors de l'orifice. Le doigt, en faisant le tour sur la plus grande partie de son étendue, n'était arrêté que par un large pédicule au niveau de son insertion sur la lèvre antérieure.

Sa consistance ferme, très dure, m'avait fait songer tout d'abord à un myome du col tendant à s'énucléer, mais l'examen au spéculum montra une masse irrégulière, bosselée, saignant au moindre contact, d'apparence très suspecte.

L'hystérectomie totale fut faite par le Docteur Ricard. Il s'agissait d'un *épithélium pavimenteux* n'occupant qu'une portion très limitée de la lèvre antérieure.

OBSERVATION XXII.

(HARTMANN, d'ALLANIES et J. SURMONT,

Bull. de la Soc. d'obst. et gynéc., Paris, 1924, p. 31.)

Adénome pédiculé du col utérin avec début de transformation.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, entrée le 16 octobre 1922 dans le service du Professeur Hartmann pour des pertes rosées survenues depuis dix-huit mois; parfois, après un traumatisme minime, la malade perdait un peu de sang pur. Par le toucher vaginal et l'examen au spéculum, on trouva une tumeur grosse comme un marron, ferme et saignottante, légèrement irrégulière. Cette tumeur était portée par un pédicule court, implanté sur la lèvre postérieure du col, qui paraissait sain par ailleurs.

Le 20 octobre, M. le Professeur Hartmann pratiqua une hystérectomie totale; la malade guérit rapidement et a été revue depuis en bonne santé.

Cette tumeur se montra constituée par un adénome typique, développé aux dépens de la muqueuse du canal cervical et du museau de tanche, dont on retrouve les aspects normaux sur le pédicule. En plein milieu de la tumeur, on trouve des boyaux épithéliomateux; il s'agit d'un épithélioma atypique rappelant en certains points un épithélioma pavimenteux, mais sans globes cornés ni épines, et en d'autres points conservant la faculté de faire du mucus.

OBSERVATION XXIII.

(R. VAISSIE, thèse Paris, 1928.)

M^{me} P..., 68 ans. Ménopause depuis douze ans; 4 enfants.

Début par métrorragies; depuis huit mois, pertes plus abondantes, irrégulières.

Pas de douleurs, pas d'amaigrissement.

Au toucher vaginal, on note un polype utérin.

Le vagin est souple.

Biopsie le 15 juillet 1922. *Adénome* avec début de transformation *épithéliomateuse*.

OBSERVATION XXIV.

(ISEKI.)

Femme de 54 ans. Gros utérus, avec un myome de la grosseur d'une tête d'enfant dans le fond et nodules intramusculaires.

La cavité est remplie par des polypes piriformes à pédicules minces, gros comme un œuf de poule.

L'un est plus solide, suspendu au fond.

L'autre, moins développé, est proche de l'orifice interne de la matrice.

Examen microscopique. — Le polype du col montrait des kystes. Il est histologiquement un simple adénome kystique. Celui du fond est sillonné de plages de cellules douteuses, de cellules œdémateuses et de cellules avec épanchement sanguin, avec, par place, *dégénérescence carcinomateuse*.

Conclusion. — Polype adénomateux dégénéré par places.

OBSERVATION XXV.

(M. RELLER, *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg*, 1930.)

Polyposis récidivante de la cavité utérine.

Une femme de 45 ans présentant un écoulement abondant, entremêlé de sang, subit en 1926 un curettage; on retire quelques polypes muqueux, qui, à l'examen microscopique, ne présentent, à part une hypertrophie de toute la muqueuse, rien de particulier; application de radium.

Un an plus tard, les mêmes symptômes réapparaissent; cette fois-ci, l'utérus était nettement agrandi, fixé, à peine palpable au toucher, vu l'énorme obésité générale. Le col, largement ouvert, permet de palper des masses polypeuses, en grande partie nécrotiques, dégageant une odeur fétide. Nouveau curettage, qui ramène 15, 20 polypes muqueux, de la taille au moins d'une noisette chacun, d'aspect transparent, œdématié. L'utérus étant fortement

fixé et la température autour de 38 degrés, on remet, en attendant, une nouvelle application de radium à une date ultérieure; elle est faite quelques semaines plus tard. La malade se remet bien.

Jusque-là, l'état général est très satisfaisant, l'appétit bon, pas de douleurs, et les pertes, autrefois très abondantes, cessent complètement; le col est fermé, l'utérus, toujours fortement fixé, mais pas sensible aux essais de déplacement, paraît plus petit. Mais déjà, quelques semaines plus tard, les mêmes symptômes, hémorragies et fleurs sanguinolentes, réapparaissent, pour devenir de plus en plus accusés, de sorte que la malade revient pour la troisième fois pour se faire traiter.

Maintenant, l'utérus présente une augmentation considérable de son volume, le col est béant et, de nouveau, on constate la présence de plusieurs polypes de même aspect que la dernière fois, remplissant le col et venant des parties supérieures de la cavité utérine.

L'état général est encore bon, en partie, inappétence; la femme maigrit, quoique son obésité reste toujours à un degré très prononcé; albumine dans les urines en quantité moyenne.

Un nouveau curettage nous montre que la cavité utérine a grandi, 13 centimètres de profondeur, et elle est plus large qu'auparavant; à l'aide de la grande curette, on ramène une multitude, bien une cinquantaine, de polypes, qui sont retirés sans trop grande hémorragie.

A cette occasion, on constate, de nouveau, la complète immobilité de l'utérus et l'impossibilité d'attirer le col vers le bas. L'intervention n'amène qu'une diminution passagère de pertes abondantes, fétides et persistantes, de sorte qu'on ne peut pas penser à l'application de radium cette fois-ci.

L'idée de soumettre la malade à un traitement aux rayons X profonds est également délaissée pour la même raison des élévations de la température et de l'obésité toujours très prononcée, qui, dans ce cas-ci, ferait un sérieux obstacle à la pénétration des rayons. La malade quitte donc le service pour rentrer chez elle.

L'examen microscopique du curettage, fait dans les premiers

mois de 1927, montre dans ces polypes un tissu neutre, fortement œdédié, quelques glandes et des vaisseaux en assez grande quantité. Pas de signes de malignité. Par contre, on trouve dans le curettage qui a été fait en décembre 1927 des signes manifestes de malignité. Le stroma, par endroits, du même aspect que la dernière fois, présente dans certains polypes un tout autre aspect : cellules à croissance rapide, fusiformes ou irrégulières, même monstrueuses, beaucoup de mitoses; les glandes ont disparu complètement; par contre, on voit beaucoup de vaisseaux sans paroi propre, néoformés dans le tissu néoplasique.

A différents endroits, on peut, en plus, constater que les vaisseaux sont remplis de *cellules sarcomateuses*, qui ont fait irruption dans leur lumière.

Il s'agit donc dans notre observation d'une polypose récidivante de la cavité utérine, qui, malgré les curettages répétés et le traitement du radium, a continué à évoluer. Au début, il y avait absence complète des signes histologiques de malignité, quoique cliniquement la récurrence nous ait fait poser un pronostic au moins réservé. Lors du dernier curettage, quoique du même aspect macroscopique, les polypes avaient changé de caractères et histologiquement le diagnostic de *sarcome* s'imposait avec certitude.

OBSERVATION XXVI.

(BONNET et BULLIGARD, 1930.)

Polype de la partie vaginale du col avec épithélioma pavimenteux au début.

M^{me} M..., 51 ans, entre à l'hôpital, dans le service du professeur J.-L. Faure, le 25 juin 1928, parce qu'elle présente des pertes sanguinolentes irrégulières, peu abondantes, depuis plus d'un an. La malade, encore mal réglée, n'a jamais eu de grossesse et n'a aucun passé gynécologique à signaler. Au toucher, on sent, au niveau du col, un petit polype mou; au spéculum, on constate que ce petit polype rosé, long de 2 centimètres, sort de l'orifice cervical.

Le 29 juin, le polype est enlevé par torsion. En raison de son aspect un peu spécial, on procède à un premier examen histologique rapide, qui donne comme résultats : « polype adénomateux, quelques points montrent un envahissement des glandes par l'épithélium vaginal. » La malade, qui était sortie, entre à nouveau à l'hôpital le 20 juillet, et, le 26 mars, nous pratiquons une hystérectomie totale. La malade sort guérie le 18 août.

Examen de la pièce opératoire. — Le revêtement épithélial est continu, sauf en une petite zone enflammée, où existe une ulcération. Il est du type pavimenteux stratifié, avec ponts intercellulaires. La surface est tapissée de mucus. L'épithélium présente une acanthose très marquée, les crêtes interpapillaires variant beaucoup de largeur; certains sont même irrégulièrement divisés. Il existe d'assez nombreuses mitoses dans les assises basales. Les cellules superficielles présentent une légère parakératose sur une épaisseur d'une à deux rangées de cellules.

En un point, non loin de la base d'implantation, l'épithélium pénètre dans l'épaisseur même du polype par un volumineux bourgeon d'épithélium lobulé. Comme c'est le cas habituel, le bourgeonnement s'est fait au niveau d'une glande adénomateuse, dont la disposition festonnée générale est encore reconnaissable. La lumière de la glande existe encore sur une assez grande longueur, mais les cellules glandulaires ont, en grande partie, disparu ou ont été refoulées vers la lumière, au bord de laquelle on voit encore des cellules glandulaires pourvues de leur mucus caractéristique. En certains points, le mucus se trouve assemblé dans la lumière sous forme de petites masses englobées par les végétations épithéliales.

Les filaments d'union sont nets. Dans les bourgeons épithéliaux les plus profonds, les cellules prennent une disposition concentrique correspondant à la formation de globes épidermiques.

Les cellules centrales de ces amas sont souvent acidophiles et renferment même parfois comme enclave une grosse boule de mucus, que l'on peut considérer comme centre de formation du globe. En certains points, les cellules épithéliales néoplasiques donnent naissance à des plages volumineuses, ressemblant aux

cellules les plus superficielles de l'épithélium. Leur acidophilie est même encore plus marquée, tenant peut-être à une imbibition par le mucus glandulaire résiduel.

La membrane basale, nette sous l'épithélium de revêtement, n'existe plus qu'en certains points isolés; en d'autres, elle n'est plus représentée que comme la première des lames conjonctives. Au niveau de l'ulcération épithéliale, il reste une zone d'inflammation chronique assez intense, avec tendance à la disposition nodulaire. Les fibres conjonctives ont disparu et ont été remplacées par des amas de lymphocytes.

Le chorion est abondamment vascularisé, avec de nombreux leucocytes dans les petits vaisseaux. Léger degré d'œdème.

En résumé, il s'agit d'un polype muqueux enflammé et légèrement ulcéré, dans lequel l'épithélium pavimenteux a donné naissance à une prolifération anormale déjà importante. Cet épithélium a pénétré par l'orifice d'une glande, l'a envahie jusqu'à sa partie profonde, et même au delà, en s'insinuant au-dessous des cellules glandulaires et en les refoulant vers la lumière.

Dans sa partie profonde, l'épithélium renferme des dispositions bulbiformes et s'accroît par des cordons cellulaires plus étroits, plus infiltrants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entreprendre le chapitre des dégénérescences malignes possibles du polype utérin, qu'il nous soit permis de donner un aperçu sur leur structure, qui nous permettra de nous expliquer les différents points de départ de cette dégénérescence.

Grâce à l'examen histologique, on a pu distinguer deux variétés, depuis longtemps connues et décrites : les polypes *muqueux* et *fibreux*.

Les premiers, considérés comme une conséquence de la métrite chronique, sont constitués par une simple hypertrophie localisée de la muqueuse utérine, aboutissant à la formation de petites masses isolées, de plus en plus saillantes.

Après avoir débuté dans un espace interglandulaire, elle entraîne avec elle des glandes et même des fibres du chorion utérin.

Par la suite, elle se pédicule et tombe en quelque sorte dans la cavité utérine, rattachée à la paroi seulement par son pédicule.

Les éléments constituant les polypes muqueux sont des éléments normaux de la muqueuse; glandes plus ou moins dilatées et un stroma conjonctif.

Si la structure de ces polypes est bien connue, nous ignorons les causes réelles de leur formation.

Il est difficile de comprendre comment et sous quelles influences se produit cette hypertrophie partielle, si limitée, aboutissant parfois à une sorte de languette de plusieurs centimètres.

Ils se développent avec une prédilection manifeste sur la muqueuse cervicale.

Leur volume est variable, de la grosseur d'une noisette à celui d'un petit doigt. Très vasculaires.

Les seconds, les *polypes fibreux*, et nous entendons sous ce nom un fibromyome, dont la pathogénie mieux connue que celle des polypes muqueux, sont constitués par un fibrome sous-muqueux qui, secondairement, soulevant devant lui la muqueuse, s'en coiffe, tombe dans la cavité utérine, réalisant ainsi le polype fibreux.

Ils peuvent, suivant la grosseur, rester intra-utérin ou, dilatant le col, passer au travers et devenir intra-vaginaux.

Ces polypes fibreux, de grosseur variable, allant du volume d'une noix à celui d'une tête d'enfant, prennent naissance, le plus souvent dans le corps, le fond de l'utérus, plus rarement dans le col. Ils sont formés d'un tissu dense, blanchâtre, qui crie sous le couteau et qui se montre sous la forme de fibres disposées en tourbillons, comme si elles étaient enroulées autour d'un centre.

Deux éléments les composent : le tissu musculaire et le tissu conjonctif.

En règle, le polype fibreux ne contient que ces éléments. Parfois, cependant, on y trouve quelques *fragments glandulaires* tapissés par une couche unique de cellules cylindriques, pourvues ou non d'un plateau de cils vibratils : quelquefois même, cet îlot glandulaire est encerclé par une couche plus ou moins épaisse, d'un tissu identique au chorion de la muqueuse utérine; d'où l'explication que, dans certains cas rares, le polype fibreux peut dégénérer en carcinome aux dépens de ces débris épithéliaux.

Le centre de la tumeur est occupé par quelques *vaisseaux*, mais les *vaisseaux nourriciers* se disposent surtout à sa surface, dans la capsule d'enveloppe, celluleuse et très lâche.

Il résulte de cette *double vascularisation* que, dans certains cas où le pédicule s'amincit, s'atrophie, les vaisseaux centraux disparaissent, et la tumeur peut survivre sans aucun *processus atrophique*.

LES DEGENERESCENCES DES POLYPES

Par dégénérescence maligne des polypes nous entendons une transformation qui en change la nature. Ils subiront cette dégénérescence quand on verra se développer, soit à leur surface, soit dans leur tissu, un néoplasme tendant à remplacer les cellules caractéristiques des tumeurs bénignes.

Cette transformation prendra son point de départ aux dépens des différents éléments composant la tumeur : *l'épithélium* et *le tissu conjonctif*. Suivant que l'évolution maligne porte sur l'épithélium ou sur celui des glandes contenues dans le polype, d'une part, ou sur le tissu conjonctif, d'autre part, on aura deux cancers différents. D'où les *trois formes* de dégénérescences : *épithéliomateuse*, *carcinomateuse* et *sarcomateuse*.

Quelquefois, il est possible d'avoir une association de deux genres de tumeurs, comme le démontre l'observation de M. le Professeur Guyot, qui, à la suite de deux examens successifs pratiqués par M. le Professeur Sabrazès, trouva d'abord une tumeur maligne du type *spino-cellulaire*, puis, au niveau du moignon du pédicule, un *adéno-carcinome*. En ce qui concerne la transformation épithéliomateuse, nous pouvons essayer de comprendre comment un polype peut dégénérer.

Accompagné d'infection, favorisant par sa présence une irritation continuelle, autant sur la muqueuse utérine que sur celle qui la recouvre, il est possible d'admettre que, dans certains cas, la constitution hystologique de ce polype peut changer.

Comme, d'autre part, le polype renferme des éléments glandulaires (et nous connaissons l'affinité du cancer pour ces éléments), nous voyons que toutes les conditions sont

remplies pour mettre le polype dans l'état le plus favorable au développement d'un néoplasme.

Si cette transformation *épithéliomateuse* a été admise pour les polypes muqueux par tous les auteurs anciens et modernes sans trop de discussion, il n'en est pas de même pour la *transformation carcinomateuse primitive des polypes fibreux*.

Admise par les uns, rejetée d'autres, elle est à peu près niée universellement à l'heure présente. D'ailleurs, nos connaissances actuelles sur les tumeurs ne nous permettent pas d'admettre cette opinion. Les tumeurs épithéliales, en effet, ne peuvent naître qu'aux dépens d'épithélium et non d'une transformation du tissu conjonctif en éléments épithéliaux, comme l'admettaient Virchow, Ehrendorfer, Liebmman, etc.

La seule façon d'expliquer cette transformation épithéliale dans un corps fibreux est d'admettre la présence des éléments épithéliaux susceptibles de se développer et de proliférer en donnant lieu à une tumeur maligne.

Rien ne s'oppose à ce que ces éléments qu'on rencontre quelquefois dans ces polypes fibreux ne subissent un jour la transformation cancéreuse.

Nous pensons que ces épithéliomas résultent le plus souvent de la dégénérescence maligne des éléments glandulaires primitivement inclus dans le polype.

Quant à la *transformation sarcomateuse des polypes*, rare mais possible, nous rapportons quelques observations la démontrant. Trois éléments sont capables de lui donner naissance :

- a) *Le tissu conjonctif;*
- b) *La prolifération des cellules de la paroi des vaisseaux sanguins;*
- c) *Les cellules musculaires.*

Mais il semble que le point de départ le plus fréquent de cette transformation est la paroi des vaisseaux, comme le démontre l'observation III (Hyenne) et les travaux de Cornil

et Ranvier, F. Labadie, Lagrave et F. Leguen : *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, et surtout Pilliet et Costes : *Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes*; thèse de Paris, 1894-1895, de Costes, qui ont nettement établi l'origine vasculaire de cette transformation.

Au début, on voit les cellules endothéliales du vaisseau se segmenter, se multiplier et former autour de lui une couche à nombreuses cellules arrondies, proéminentes, presque toutes en voie de division. Ces cellules continuent à se multiplier, à se segmenter, et bientôt envahissent toute la lumière du vaisseau, ainsi que les capillaires qui en émanent.

Elles pénètrent, avec les pointes d'accroissement, dans les nodules fibromateux et continuent à s'y développer, détruisant tout le tissu environnant, laissant la place au tissu sarcomateux.

Si cette transformation a été souvent méconnue, surtout au début, c'est parce que, ne se produisant qu'en un point de la tumeur et généralement dans sa profondeur, elle a pu passer inaperçue non seulement à l'opérateur, mais encore à l'histologiste si, par malheur, la coupe passe à côté du noyau sarcomateux, d'où, une fois de plus, la nécessité des examens en séries.

Tableau de toutes les observations avec les différentes formes de transformations.

Observations II, VII, VIII et XXV : 4 *dégénérescences sarcomateuses*.

Observations IV, VI, VII, XX et XXIV : 5 *dégénérescences carcinomateuses*.

Observations V, IX, de X à XXIII : 15 *dégénérescences épithéliomateuses*.

Observations XV et XVI : Pas d'examen anatomo-pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

De toutes les observations que nous rapportons et de l'enseignement qu'on a pu en retirer, est-il possible d'en extraire une symptomatologie précise concernant cette transformation maligne de polypes utérins ? Nous ne le croyons pas.

Si, dans certains cas, il nous est possible de prévoir, de soupçonner un début de dégénérescence par certains signes que nous énumérons plus loin, il nous est absolument impossible de l'affirmer cliniquement. Tous ces signes, en effet, peuvent exister sans dégénérescence maligne.

Seul, l'examen *anatomo-pathologique* est capable de nous en démontrer l'existence.

Cette complication des polypes survient à tous les âges. Sans qu'aucun signe fonctionnel ou physique soit pathognomonique, nous nous permettons de donner un tableau d'ensemble de tous les signes qu'on a pu extraire de nos observations et qui peuvent servir à établir un diagnostic de probabilité.

Parmi les signes fonctionnels, on note : *l'hémorragie* et la *leucorrhée*.

L'hémorragie, dans la majorité des cas, est le symptôme initial et prépondérant.

Elle coïncide souvent avec l'époque menstruelle, d'où augmentation de la durée des règles (*ménorragie*). D'autres fois, les pertes de sang surviennent dans la *période intercalaire*, se caractérisant par des suintements sanguins se renouvelant plusieurs fois de suite pour s'arrêter et reparaitre à bref délai pour une cause presque insignifiante. Enfin, on note des pertes *presque continuelles*.

La leucorrhée, qui précède ou accompagne l'hémorragie, est plus ou moins abondante et souvent fétide.

Les signes physiques, de beaucoup les plus importants, puisque ce sont eux qui, en indiquant certaines anomalies du côté de la structure du polype, éveillent l'attention du praticien et lui font soupçonner une transformation maligne.

C'est d'abord *l'inégalité de consistance* de la tumeur, dans laquelle on trouve, à côté des parties molles, même friables, des noyaux plus ou moins indurés.

Son *aspect bosselé, tomenteux, irrégulier, le moulage* de la tumeur sur les parois de la cavité qui la contient, perdant ainsi la forme sphéroïde du polype.

D'autres fois, c'est le *pédicule induré*, assez gros, arrivant à la grosseur du polype lui-même, qui éveille l'attention de l'opérateur ou la facilité avec laquelle il se rompt près de la tumeur, par la torsion, au moment de l'enlèvement du polype.

La récidive de celui-ci après l'extirpation.

L'aspect généralement suintant de la tumeur qu'on provoque, *même par un contact très léger*, quoique ce signe n'est pas constant.

Enfin, le polype peut présenter *des ulcérations* plus ou moins suspectes.

On conçoit facilement quelles réserves on doit faire sur de tels moyens de diagnostic.

Il nous est impossible d'accorder aux signes physiques une importance considérable; tout diagnostic qui s'appuierait sur eux pour affirmer ou éliminer la possibilité d'un cancer au niveau d'un polype s'exposerait aux plus graves conséquences.

Il n'y a, dès lors, qu'un seul moyen de certitude : c'est *l'examen histologique systématique*.

Pour démontrer son importance et les surprises qu'il peut nous réserver dans bien des cas, nous nous permettons de citer ces quelques lignes.

« Je conseillai l'ablation de ce polype, qui me paraissait

la cause de ces hémorragies et, bien que convaincu de sa bénignité, je demandai qu'on me fit un examen microscopique.

» A ma grande surprise, on constata un épithélioma cylindrique, au début, qui entraîna une hystérectomie totale. » (Docteur A. Siredey, obs. XIV.)

« Alors que la malade était considérée comme simple porteuse d'un polype sphacélé, le laboratoire répond, après deux examens successifs : « Epithélioma spino-cellulaire, puis carcinome. » (Professeur Guyot, obs. I.)

PRONOSTIC

Que doit-on penser pour l'avenir des femmes opérées d'un polype dégénéré?

Sur les 26 observations qui sont à notre disposition, pas un seul cas de récidence ou mort imputable au cancer.

Par conséquent, jusqu'à présent, tout nous permet de considérer la dégénérescence maligne du polype utérin comme un des cancers les moins sévères et les plus curables.

TRAITEMENT

Chaque fois qu'un examen anatomo-pathologique prouve la malignité d'un polype utérin, *l'hystérectomie totale s'impose* d'emblée, restant notre seul moyen de pouvoir nous donner une guérison presque définitive.

Au lieu de faire courir le risque à une malade d'être opérée ultérieurement d'un cancer de l'utérus en ne pratiquant que la simple ablation d'un polype dégénéré, ne vaut-il pas mieux proposer tout de suite cette hystérectomie, d'autant mieux supportée que cette malade est encore bien portante? Les quelques risques opératoires qu'elle comporte ne sont rien à côté des avantages qu'elle présente. Avant même d'entreprendre la polypectomie préliminaire pour confirmation par le laboratoire d'une transformation maligne certaine, il est utile de prendre *certaines précautions* d'ordre *général* et *local*.

1° *Faire un examen général* de la malade. Leur état dans la plupart des cas est satisfaisant, mais chez certaines femmes, les hémorragies abondantes peuvent donner un tel degré d'anémie qu'il nous sera impossible de pratiquer aucun acte opératoire sans employer le traitement nécessaire capable de relever cet état déficient de la malade.

2° *S'assurer de la mobilité de l'utérus* et de la *souplesse des ligaments larges*.

3° *Prendre la précaution* préliminaire qui consiste dans la *désinfection* aussi complète que possible du vagin toujours très infecté, quelques jours avant l'opération, en faisant de larges irrigations avec un antiseptique, par exemple *au sublimé* à 1/5.000 ou *au permanganate de potasse* à 1/2.000, deux fois par jour, avec application, dans l'intervalle, de tampons iodoformés.

De plus, cette infection de l'utérus et du vagin diminue d'autant plus vite par l'ablation préliminaire du polype que sa présence facilite son entretien.

Une fois toutes ces précautions prises, on peut se demander à laquelle des hystérectomies recourir.

L'*hystérectomie vaginale* est une des opérations le plus rarement employées; d'ailleurs, elle a été exécutée une seule fois sur les vingt autres cas traités par l'hystérectomie abdominale.

Généralement, l'opérateur fait appel à elle chaque fois qu'il lui est impossible de recourir à cette dernière. Par exemple : obésité générale de la malade, cœur un peu déficient, puisqu'elle est moins choquante que l'hystérectomie abdominale.

De plus, elle a l'inconvénient qu'on procède dans l'acte opératoire d'un milieu infecté vers un milieu aseptique, facilitant ainsi la propagation de l'infection vers la cavité abdominale.

La *supravaginale* ou *subtotale*, en laissant au vagin un moignon cervical, est aussi très peu employée. Importante en pratique puisqu'elle permet de ne pas ouvrir le vagin et par la suite d'éviter les infections. D'ailleurs la thermo-cautérisation du col assure son asepsie mieux que les lavages les plus étendus pourraient réaliser la désinfection du vagin. C'est une opération *plus facile, plus rapide* et enfin *plus aseptique*.

Mais si elle présente tous ces avantages nous croyons qu'il est préférable de recourir à l'hystérectomie totale, qui est plus radicale, plus complète et qui, exécutée dans les conditions aussi bonnes que possible, donne les meilleurs résultats désirés. De plus, qu'est-ce qui nous empêchera de croire que ce moignon cervical, faisant partie intégrante d'un utérus infecté, enflammé, irrité, ne servirait pas plus tard de point de départ d'un cancer secondaire ?

Donc, l'*hystérectomie totale* est la seule qui doit être prise comme règle de conduite dans de telles transformations des polypes.

C'est une opération idéale permettant d'enlever le plus largement possible (principe d'ailleurs adopté en matière de cancer) et qui a l'avantage sur l'hystérectomie vaginale de permettre la réunion des surfaces cruentées, d'adosser partout la séreuse à elle-même et, par conséquent, d'éviter des adhérences ultérieures et les inconvénients qui en résultent.

Elle permet de faire tout ce qu'il faut, comme elle permet de ne faire que ce qu'on veut.

LA RADIUMTHERAPIE

Après ablation simple du polype dégénéré et devant l'impossibilité de pratiquer une hystérectomie, le seul et unique moyen de traitement qui nous reste c'est la radiumthérapie.

Toutes précautions d'asepsie prises, et après polypectomie, la technique consiste à introduire dans la cavité utérine une sonde en caoutchouc, contenant 2 à 3 tubes en platine renfermant chacun 10 milligrammes de radium-élément.

Cet appareillage permet d'obtenir une double filtration des radiations émises par le radium.

Un premier filtrage obtenu par le tube en platine, contenant le radium, d'une épaisseur d'un millimètre, arrête les rayons α et β , qui sont caustiques, ainsi que les plus mous, évitant ainsi la brûlure de la muqueuse utérine.

Un deuxième obtenu par la sonde en caoutchouc. La disposition des tubes en platine dans la sonde est variable suivant l'effet qu'on veut obtenir par les radiations sur tel ou tel autre point de la cavité utérine.

Généralement, ils sont à la file, bout à bout, permettant ainsi que le rayonnement émis par eux soit uniformément réparti vers les différentes parties de l'utérus.

La sonde en caoutchouc ainsi placée doit être maintenue en place par un tamponnement à la gaze (culs-de-sacs vaginaux et vagin) évitant qu'elle tombe dans le vagin et provoque les graves accidents d'irritation rectale.

Pour obtenir une bonne stérilisation sur les quelques cellules néoplasiques qui pouvaient se trouver dans l'utérus, il faut que le dispositif reste au moins six jours consécutifs et suivant une base de 30 millicuries détruites.

En formule moyenne, la dose de 30 millicuries détruites peut être considérée comme nécessaire et suffisante.

Pour déterminer le nombre de millicuries détruites on se sert du calcul commode et rapide de Proust.

Partir du nombre des milligrammes-heure : soit, pour exemple, une dose de 30 milligrammes de radium-élément avec une durée d'application de six jours, soit cent quarante-quatre heures; le nombre des milligrammes-heure est de 30 mg. $\times$ 144 heures = 5.320 milligrammes-heure; pour avoir le chiffre des millicuries détruites, il suffit de prendre les trois quarts du nombre des centaines de milligrammes-heure, soit :

$$\frac{43,20 \times 3}{4} = 32 \text{ M.c.d. } 40.$$

CONCLUSIONS

I. — La *transformation maligne* des polypes utérins est une complication rare, mais possible.

Si elle n'est pas notée plus souvent, c'est que les examens anatomo-pathologiques ne se font pas systématiquement.

Il est donc possible que, dans certains cas, cette transformation tout à fait à son début passe inaperçue, et le polype est alors considéré par erreur comme bénin.

II. — Les *signes fonctionnels* et *physiques* révélateurs d'une telle dégénérescence sont :

- a) La *consistance inégale* de la tumeur;
- b) Les *irrégularités* de la surface;
- c) La *grosseur* et l'*induration* du pédicule qui arrive à atteindre celui du polype;
- d) Les *ulcérations suintantes*, le saignement au moindre contact, quoique ce signe ne soit pas constant;
- e) Les *hémorragies* sous formes de : *ménorragies*, *métrorragies*, *hémorragies interrompues*;
- f) Les *leucorrhées* accompagnant ou précédant l'hémorragie;
- g) Enfin, l'*examen histologique* : le seul moyen de diagnostic certain.

III. — Le *traitement* : c'est l'*hystérectomie totale*, seule chance d'une guérison définitive.

Si celle-ci n'est pas possible, la *radiumthérapie* peut être indiquée après l'ablation du polype dégénéré.

Nous croyons donc que c'est en ayant sans cesse présent à l'esprit la possibilité de cette transformation maligne qu'on agira au mieux des intérêts de sa malade, en ne négligeant aucun examen nécessaire et en ne reculant pas devant l'éventualité d'une hystérectomie.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 6 juin 1932.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
DUPONT.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET et BULLIARD. — La cancérisation des polypes utérins. *Ann. d'anat. path.*, 7 déc. 1930.
- CORNIL et RAUVIER. — Anatomie pathologique, Paris, 1885.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, t. III.
- DUPUYTREN. — Clinique chirurgicale, t. 4, 1839.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DENTU et DELBET. — Traité de pathologie externe, 1916.
- FAURE et SIREGEY. — Gynécologie, Paris, 1911.
- FERRIER (LÉON). — Des fongosités utérines des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et de polypes fibreux de l'utérus. Thèse Paris, 1854.
- FIOLLE (P.). — Note sur le polype malin de l'utérus. *Marseille Médical*, 1910.
- GAUDARD (Charles). — La dégénérescence épithéliale des polypes fibreux. Thèse Bordeaux, 1923.
- HIRST (B.-C.). — *Ann. J. Obst. N. Y.*, 1899, XXXIX.
- HEANEY (N.-S.). — *Malignant polype of the uterus surgery obst. and gynec.*, Chicago, 1921.
- LISFRANC. — *Lancette française*, 1836.
- MACNAUGHTEN (J.-R.). — Cases of uterius polypi urdergoing malignant degeneration. *Proc. Roy. Soc. of Med. London*, 1910-1911.
- MALGAIGNE. — Des polypes utérins. Thèse agr., Paris, 1832.
- MONFUMAT. — Etude sur les polypes. Thèse Paris, 1867.
- OERI (Rudolf). — Ueber Epithelmetoplasie am Uterus, besonders an Polypen, 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.

- ROBIN. — Cellule pavimenteuse dans les glandes à revêtement cylindrique de l'utérus. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1852.
- SÉGART (Jean). — Dissertation inaugurale sur les polypes utérins. Thèse Paris, an XII, 1804.
- SIREDEY (A.). — Les polypes cancéreux de l'utérus. *Journ. de méd. et chir. pratique*, 10, I, 1920.
- TARGETT (J.-H.). — Polypons of uterus showing early malignant disease. *Proc. Roy. Soc. of Med. London*, 1910, II.
- TOURNEUX. — Quelques cas rares de complications des polypes utérins. *Sud. méd. et chir.*, 13 avril 1924.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, t. I, Paris, 1867.
- VAISSIE (R.). — Polypes muqueux de l'utérus comme signe révélateur ou avant-coureur d'un cancer utérin. Thèse Paris, 1928.

